

Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative

Feeling of non-acknowledgment at work, disappointment and burnout, an exploratory study

Sentimiento de falta de reconocimiento en el trabajo, decepción y agotamiento: una exploración cualitativa

Sentimento de falta de reconhecimento no trabalho, decepção e estresse: exploração qualitativa

Lionel Daloz, Marie-Laure Balas et Hervé Bénony

Volume 32, numéro 2, automne 2007

Mosaïques de recherche (1) et Windigo II (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/017798ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/017798ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Daloz, L., Balas, M.-L. & Bénony, H. (2007). Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative. *Santé mentale au Québec*, 32(2), 83–96. <https://doi.org/10.7202/017798ar>

Résumé de l'article

Le sentiment de non reconnaissance au travail, fréquemment rapporté, n'est guère interrogé en soi. Il apparaît au fil du suivi d'un groupe de paroles à l'hôpital durant six années, comme paraissant à des dimensions plus personnelles, peu explicites pour les sujets et guère réfléchies en tant que telles. Représentant un positionnement subjectif autant existentiel qu'institutionnel ou professionnel, il conduit à interroger le système de représentations des soignants, ainsi que leurs capacités à être satisfaits. Cette plainte prend le statut d'un symptôme chez les sujets épuisés. Il colore leurs discours d'une déception profonde, et connote un sentiment d'inutilité, des attentes professionnelles probablement trop fortes pour être assouvies. De fait, il perturbe le rapport du sujet à son travail, à son milieu professionnel voire aux patients, et mériterait dès lors une écoute plus attentive.



Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burnout : une exploration qualitative

Lionel Daloz*

Marie-Laure Balas**

Hervé Bénony***

Le sentiment de non reconnaissance au travail, fréquemment rapporté, n'est guère interrogé en soi. Il apparaît au fil du suivi d'un groupe de paroles à l'hôpital durant six années, comme paravent à des dimensions plus personnelles, peu explicites pour les sujets et guère réfléchies en tant que telles. Reflétant un positionnement subjectif autant existentiel qu'institutionnel ou professionnel, il conduit à interroger le système de représentations des soignants, ainsi que leurs capacités à être satisfaits. Cette plainte prend le statut d'un symptôme chez les sujets épuisés. Il colore leurs discours d'une déception profonde, et connote un sentiment d'inutilité, des attentes professionnelles probablement trop fortes pour être assouvies. De fait, il perturbe le rapport du sujet à son travail, à son milieu professionnel voire aux patients, et mériterait dès lors une écoute plus attentive.

La reconnaissance n'est pas une revendication marginale de ceux qui travaillent. Bien au contraire, elle apparaît décisive dans la mobilisation subjective de l'intelligence et de la personnalité dans le travail (Dejours, 1998, 36).

Chacun est avide de reconnaissance mais sait désormais que ce n'est plus d'abord par le travail, au moins celui que nous a laissé la société industrielle, que cette reconnaissance pourra se négocier. Le sujet éprouve alors de façon malade un sentiment de non-reconnaissance, parfois sans doute abusivement (Boutinet, 1998, 186).

* Psychologue, Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale, IFR Santé-STIC, Université de Bourgogne, Dijon, France.

** Psychologue, C.H.U. Dijon, Dijon, France.

*** Psychologue, Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie Médicale. IFR Santé-STIC, Université de Bourgogne, Dijon, France.

Initiié par la mise en place et le suivi de groupes de discussion portant sur les difficultés professionnelles, le sentiment d'un manque de reconnaissance ressort avec une constance remarquable : « notre travail n'est pas reconnu » (un médecin), « on est la dernière roue du carrosse » (une aide-soignante), « la reconnaissance, ici, faut rien attendre » (une infirmière). Si l'on connaît l'importance du thème de la reconnaissance dans le monde du travail (Sainsaulieu, 1977 ; Dejours, 1993), pour autant, son inverse n'est guère interrogé : qu'est-ce que n'être « pas reconnu » ? C'est l'une des questions qui a émergé dans cet espace d'expression, et qui nous a semblé constituer un abord fécond de la situation de soignants, de leurs vécus, particulièrement de ceux en état d'épuisement professionnel. Car si la fréquence de cette doléance en fait un élément social constituant un canal privilégié de pouvoir se plaindre, son écoute suggère des aspects plus personnels. Elle évoque, au-delà de la dureté du monde du travail (De Bandt et al., 1995), une amertume, un besoin d'affiliation qui achoppe, un besoin d'être rassuré, de se sentir vivre dans le regard des autres. Un malaise identitaire (Carpentier-Roy, 1995) auquel le sujet réagit par cette attente invariante, personne n'y répondant suffisamment et qui prendrait la forme d'un symptôme : souffrance, répétitivité et significativité. Voyons de la sorte quelques idées relatives à ce symptomatique « sentiment de non-reconnaissance ».

Notes méthodologiques

La méthode sous-jacente à ce travail ne fut pas employée à des seules fins de récolte de données, puisqu'elles sont issues de groupes de paroles. Au demeurant, le recueil n'est pas neutre et quelques lignes s'imposent. Le contexte fut d'abord celui de la mise en place du projet et des groupes avec un flot de paroles jusqu'alors contenues, puis son installation dans la durée (actuellement de 6 ans) dans un centre hospitalier universitaire en France. Les groupes proposaient une activité classique d'écoute centrée sur les soignants et leurs difficultés avec les patients et les familles. Ce n'était en aucun cas une psychologie institutionnelle, et ne visait pas à régler les problèmes internes des services. L'objectif était de permettre aux soignants d'exprimer, ou d'oser exprimer, et élaborer leurs affects devant les autres, sans se sentir pour autant diminués, menacés, stupides ou honteux. Notre activité consistait principalement dans le suivi de règles fixées au départ, et la promotion d'une attention, un respect de la parole de l'autre, in fine la possibilité que ces sujets se sentent rassurés, interrogés, aidés par leurs pairs. C'était également éviter que des éléments conflictuels risquant de sidérer les groupes de parole ne viennent altérer cette dynamique, parfois laborieuse, mais globalement fructueuse. Les sujets étaient donc

encouragés à parler devant des non-psychologues. Leurs propos n'étaient pas enregistrés comme pour un classique entretien de recherche. Sans comptage strict, le nombre de soignants tourne autour de 130 paramédicaux et médecins. Un certain nombre d'entre eux était suivi sur plusieurs années. C'est la cohérence dans le temps et sur cette population de 3 services concernés au sein d'une même institution — avec un pourcentage d'un peu moins de 40 % (hors personnel de nuit, pour lequel un groupe est proposé mais de pourcentage plus faible — au demeurant avec des propos similaires), qui nous a autorisés à en proposer cette description clinique.

Le thème du « j'ai donné »

Au niveau manifeste, on saisit une locution récurrente : « j'ai donné ». Le sujet fait ainsi référence à un passé de soignant investi et indique dans le même temps qu'il est derrière lui, qu'il ne le réitérera pas. Il évoque par ce raccourci étonnant une période d'engagement et le sentiment de n'être plus en phase avec les discours mobilisateurs actuels ou les efforts à accomplir. C'est rappeler également qu'il ne faut pas le juger à l'aune de ses performances présentes ; et que sa valeur n'est pas diminuée, possédant une plus grande connaissance des réalités institutionnelles, voire de la vie. Et s'il se décline comme moins zélé, il se perçoit et se présente aussi comme moins dupe. Le sujet en « serait revenu » (une infirmière) et, variante souvent liée, « ne se bat plus » (un médecin), en rupture avec un imaginaire soignant, religieux, le don de soi dans la charité (Petita, 1994, 229).

Mais en deçà, on est souvent en droit d'y entendre une position faite de colère ou de rancune, ainsi qu'un recentrage protecteur sur soi. La recherche d'un équilibre personnel dans les soins apparaît comme un échec. Les efforts n'ont pas débouché sur une stabilité émotionnelle suffisante, alors même que la personne s'évertuait à être bonne professionnelle. Dès lors, ne plus donner ou le prétendre, c'est montrer que l'on n'a pas assez reçu. C'est exprimer un manque de gratitude, assimilée à une nourriture symbolique, métabolisée pour repartir, pour s'investir de nouveau, pour travailler. Or, il semble y avoir peu de choses dans leurs propos à se mettre sous la dent dans la banalité du quotidien hospitalier. Même les gratifications venant des patients (une inversion, c'est le patient qui donne) finissent par devenir dévalorisées, rejetant par là même le sens de l'activité soignante. Ces soignants ne se prescrivent plus comme remède (Balint, 1957), au plus comme médiateurs, se détachant d'une relation thérapeutique véritable (Morasz, 1999). L'activité devient épuisante, puisque donnant sans retour, amenant lassitude et

sentiment d'impuissance. Cette impression d'avoir insuffisamment reçu en échange de son activité suggère peut être une difficulté à être satisfait, à pouvoir en retirer des intérêts suffisants. Tellement en attente de retour, la personne semble dénier l'échange, n'estimant guère qu'aider les autres apporte des bénéfices. Elle se considère souvent comme une victime et attribue avec assurance son positionnement, parfois son désintéret, à cette emblématique cause d'absence de reconnaissance.

Le thème de la reconnaissance

Le sujet a donc « donné », mais il a le sentiment d'avoir peu reçu, balance où se profile un thème classique en psychologie du travail, la reconnaissance. Elle opère chez le sujet une nouvelle connaissance sur soi — dans laquelle il ne se re-connaît pas — induisant incompréhension, demande infructueuse d'attention, solitude. On ne sait en outre, à entendre les personnes, si c'est l'absence de reconnaissance (finalement neutre) ou le sentiment de n'être pas aimé qui importe.

Reconnaissance et non-reconnaissance

Cette reconnaissance qui ne vient pas créerait une polarisation de l'attention sur ce manque. Parfois un sentiment d'être exploité ou un sentiment d'injustice sont évoqués ; d'autres fois, le sujet se prétend inutile, sans grand monde pour attester d'une valeur dont il doute de plus en plus. Il estime moins bien faire son travail que les autres, que ce qu'il devrait. Une position sensible qui confine à un sentiment d'indignité, de honte, et dissonante chez ceux qui avaient de véritables motivations à devenir soignants. Des sentiments qui précipitent un détachement des patients, et la réponse se fait après quelques années de travail dans la fuite (Maslach, 1982). Cette dynamique, modifiant leurs investissements antérieurs et chamboulant leurs croyances, invite à réfléchir à un conflit sous-jacent vis-à-vis des instances idéales (Daloz, 2007). On note de la sorte une dramatisation, une nécessité d'absolu, préférable aux doutes ou à une position incertaine, neutre. Car en opposition avec ces opinions, évidemment respectables, on peut douter du caractère binaire de la reconnaissance, jamais complète ou absente mais vraisemblablement relative. Ainsi lorsqu'on suggère « personne ne reconnaît votre travail », la réponse est affirmative, mais insuffisante. Il en existe toujours un peu, mais jamais assez, en quantité, en qualité ou dans la durée.

Cette reconnaissance peut être brigüée au travers de revendications sociales. Mais, problématique oblige, si une part de l'objectif est atteinte (les professions de santé sont appréciées des Français), ça ne suffit pas pour compenser ce qui est vécu au quotidien. Les profondes mutations

hospitalières actuelles ne favorisent guère une tranquillité d'esprit, un temps pour réfléchir avec ses conflits inhérents entre professions, générations ou sexes (Nizard, 1994). Contre l'idéologie d'une synergie entre équipes, personnels, notre sujet a ainsi à apprendre une rudesse à laquelle il n'est guère préparé par ses études. Loin de fait des possibilités d'une reconnaissance idéalement normale, il lui faut se battre (« sinon on se fait entuber », un kinésithérapeute, « tu te fais bouffer », une infirmière). Le support social connu pour ses bénéfices sur la santé et la motivation a failli dans son rôle protecteur — se sentir compris, encouragé, conseillé, aidé. Parfois même, ce facteur s'inverse et les autres deviennent mortifères. C'est le harcèlement moral, dont la présence atteste sur un mode morbide les carences du milieu de travail. Là, le sentiment de non-reconnaissance est à son acmé, tellement le sujet ressent une solitude, la négation de sa valeur et de son action dans le regard ou les paroles des persécuteurs. Nous sommes dans une situation extrême et gravissime de notre problématique, dont l'écho alimente les peurs de soignants. Sa présence atteste à leurs yeux la véracité du sentiment de non-reconnaissance et la légitimité de leurs propos quant au mépris ressenti. La perception du manque de support social signe plus largement la fin de l'illusion groupale (Anzieu, 1984), la perte des fonctions d'étayage du groupe. C'est souvent alors la fuite dans le passé, corrélative des difficultés actuelles. D'où la présence de la nostalgie dans leurs propos, une nostalgie douloureuse d'un passé investi et perdu (l'idéal des débuts et le paradis perdu, Grebert, 1992), qui naît de l'impuissance et contraste le passé et le présent (Jankélévitch, 1974, 57 et 222). Celle d'un temps que le sujet rappelle sans difficultés et avec d'autres affects, d'un temps où sa reconnaissance était acquise par ses professeurs du moment qu'il travaillait, et qui dépendait de lui ; d'un temps où la toute-puissance latente était envisageable, à portée, s'extrayant des contingences relationnelles.

C'est alors la déception — plus que le désespoir dépressif — masquée par ce discours sur la non-reconnaissance, objet du déplacement. Une déception que le sujet aimerait voir reconnue, l'absence de reconnaissance de son travail devenant au fil des propos celle de son malaise professionnel, de ses difficultés à continuer. La demande de reconnaissance constitue ainsi souvent l'écran, le paravent, à un besoin d'attentions, d'empathie, versant affectif de la reconnaissance. Et lorsque l'on demande en définitive ce qu'ils aimeraient voir reconnu, ce qu'ils cherchent à faire connaître — après un grand sourire ou un petit rictus — on repère : son individualité et sa différence par rapport à d'autres, sa valeur personnelle, son travail, son désir initial, ses difficultés actuelles ou passées, ses efforts pour faire partie du groupe, son

attachement aux valeurs professionnelles. Ou l'ensemble ! Être reconnu, selon Sapir (1996), comme possédant une valeur malgré sa culpabilité, malgré ou avec son agressivité. Mais surtout ce qu'aimeraient certains sujets, ce serait une reconnaissance a priori, sans avoir besoin de la chercher, de la part d'un juge bonhomme et impartial, dans un déni des rapports professionnels et de pouvoirs.

Le rôle personnel que le sujet croyait devoir/pouvoir tenir

Le mécontentement paraît notamment s'ancrer dans l'absence de reconnaissance de la part personnelle que le sujet a apportée, et dans le sentiment induit de non accomplissement de soi (Maslach, 1982). Le sentiment de non-reconnaissance concernerait le rôle personnel que le soignant croyait devoir/pouvoir tenir. Il relève d'un amalgame entre « j'ai donné de moi » et le rôle professionnel. Le sujet a donné de lui en termes d'efforts, d'attention, de travail, de conscience professionnelle et plus fondamentalement, une part de sa personnalité. C'est ici qu'existerait la coupure, le décalage. Pour le sujet c'est identitaire, valorisant, engageant son existence ; pour les autres ou l'institution, la personne a une difficulté relative à son implication. Plusieurs soignants dans nos groupes leur répondent ainsi que l'on peut donner de soi, mais le faire pour soi, sans besoin vital de reconnaissance ; ou même plus cyniquement qu'ils ont été payés pour le travail fourni. Notons qu'il est illusoire ou hors propos d'en déterminer la part de vérité, malgré plusieurs demandes en ce sens. Reste que cette valeur ajoutée personnelle non reconnue initierait cette plainte. Celle d'une situation nouvelle et discordante qui interroge contre son gré les pourquoi de son action, de son engagement dans les métiers de soin. C'est ne plus faire avec spontanéité ce qui était auparavant évident, venant de soi ; ne plus s'investir dans la relation, et parfois finir par ne plus faire que ce qui est demandé. L'activité n'est plus alimentée régulièrement par une dose de soi dans ce qu'il y a à accomplir, et selon l'expression de Gorz (1998, 37), il y a désengagement subjectif.

Pour le sujet, il y a beaucoup de confusion entre la perception de son engagement, son activité, ses rôles et statuts, et ce sentiment de se sentir mal situé, en décalage, incompris. Expriment un besoin de respect pour son passé, sa souffrance actuelle, preuve de son don surdimensionné, il souhaiterait se sentir soutenu, approuvé, avoir un statut aussi clair que celui d'autres collègues longuement évoqués. Et il se retrouve avec ses pensées obsédantes d'absence de reconnaissance, un manque d'aisance dans son environnement professionnel. À preuve le fréquent reste d'enthousiasme et le soulagement des gens à qui on évoque cette

notion de burnout (Pines, 1999, 29), une légitimation ultime de son malaise. Le sentiment d'absence de reconnaissance invite de la sorte à un parcours rétrospectif sur sa vie professionnelle et personnelle, retour pénible, plus douloureux que la simple nostalgie. Un retour quelquefois inabouti, et malgré une possible prise de conscience, il paraît moins désaliénant qu'illustrant cette trilogie d'Amiel (1993, 134) de tristesse agitée, de suspicion acerbe et de désarroi cynique.

Dans l'épuisement professionnel

L'importance de ce vécu composite apparaît plus encore dans le discours des sujets présentant un burnout (Freudenberger, 1974). La rencontre prend la coloration d'une blessure. Nous sommes proches parfois d'états dépressifs (Tennant, 2001), avec cette incapacité de satisfaction (Widlöcher, 1995 ; Bourgeois, 1999). S'y adjoignent des troubles fonctionnels, répétition d'une recherche d'une reconnaissance (Sapir, 1979). Une façon de dire que ce qui s'épuise dans le burnout, c'est la reconnaissance. Le sujet aimerait malgré tout que l'on reconnaisse la part de ce qu'il apporte, croyait apporter avec son idéal, sa motivation, et dans cet écart croissant s'inscrit le burnout. Travaillant moins, nous pouvons avancer qu'il aimerait une reconnaissance indépendamment de ce qui est fourni comme actes, se distinguant de celle décrit par Dejours (1993) d'actes faits, bien faits au travers des jugements d'utilité et de beauté. Ce besoin de reconnaissance différencierait ainsi d'un sujet ou non épuisé, de l'ordre de l'être plus que du faire (un faire en voie d'extinction), et signifiant une atteinte personnelle. Les professionnels nous semblent ainsi dériver vers cette identité a priori décrite par Fustier (1999, 20), qui les justifie en deçà de toute pratique.

Devenant intolérant aux dysfonctionnements chroniques de l'institution et aux aspects psychiques des métiers de relation, le sujet épuisé garde difficilement une image positive de lui-même. L'adaptation se fait alors par un réaménagement dans le système des valeurs et génère un désinvestissement des relations thérapeutiques, un sentiment de non-accomplissement, de la culpabilité ou de l'ennui. Il a un sentiment d'amputation, de perte de soi, notamment face aux autres qui continuent. Son amertume, parfois cachée derrière des plaintes sans fin contre l'institution ou les personnels, relève de la déconvenue portant sur ses croyances en ses capacités, dans le fait de se croire plus fort que ceux qui ont précédemment échoué (Véga, 2000). Cet échec se rejoue envers ses figures identificatoires (maîtres, parents,) et le burnout nous apparaît bien, ainsi que le rapportait Freudenberger (1985), un trouble de la filiation et de l'idéal — le besoin de reconnaissance exprimant ici une

demande inaboutie d'affiliation, fantasmatique, sur le modèle de parents qui reconnaissent un enfant. Elle souligne une position infructueuse dans l'institution, n'amenant pas assez de récompenses symboliques — comme si ces besoins d'attention sur l'activité et de compliment sur le résultat faisaient écho à l'enfance et à ses relations bienveillantes. Postulons ainsi que le manque de reconnaissance chez le sujet épuisé est autant existentiel qu'institutionnel.

La quête de reconnaissance en devient exacerbée, aliénante, sous-tendue par la demande de réassurance personnelle. Une demande parfois naïve, car somme toute, nous sommes dans la vie professionnelle, l'hôpital n'y échappe pas. Et malgré tout, le sujet espérait autre chose, surtout au vu des valeurs affirmées par ailleurs. Beaucoup des personnes rencontrées faisaient des soins un idéal peu carriériste — et si cela peut être de la naïveté, elle n'est nullement puérile, limitative, égocentrique. Parallèlement, le sujet est ici plein de frustrations qu'il peut aisément exprimer, dénotant ses capacités en la matière. Celles d'accomplissement, de possibilités futures, des plaisirs inhérents aux soins, le sujet est frustré d'une place meilleure, peut-être d'une autre existence. Il a le désarroi de se retrouver fragilisé, simple agent face au rendement, aux données chiffrées, aux soins hyper-spécialisés. Celui de ne pas avoir une place pour soi, mais un statut qui laisse peu de possibilités de reconnaissance. L'institution semble demander de plus en plus un rôle technique, neutralisé, indépendamment de la valeur ajoutée personnelle — même si le discours est qu'il faille donner de soi, que l'importance des rapports humains est créditée, tout se passe comme si les soins devenaient extérieurs à eux. Et si cette personnalité a choisi ce métier pour œuvrer, voire traiter avec soi dans le rapport aux autres, les sujets épuisés pensent à un échec.

L'idée de déception

Le point commun à ces situations entendues semble donc être la déception. Une déception relative à une réalité professionnelle perçue comme frustrante, injuste ; et surtout à la blessure de son idéal de soins et du rapport intime à son choix professionnel. Une déception à la fois comme constat et comme réaction, non passagère, profonde, qui remet en cause le sujet dans ses relations au travail comme canal privilégié de s'accomplir, de se représenter. Probable lot commun de la vie professionnelle, elle revêt ici une tonalité ou une importance particulière, une prégnance, un dégoût souvent évoqué (« je suis dégoûté »), la force d'une évidence reconnue qui ne permet guère un travail de prise de recul. Parfois c'est le dépit d'un monde professionnel imparfait doublé

de revendications ou de colère ; d'autres plus interrogatifs demandent à haute voix que faire pour avoir un retour, une aide, moins de reproches, un regard.

Globalement, le sujet ne trouve plus sa place dans l'équipe, le monde soignant, dans sa relation aux autres. Il ne sait plus quoi en attendre, si ce n'est ce besoin de reconnaissance trop absolu. Se profilent ainsi une solitude pleine de rancœur, un sentiment d'isolement activant parfois des tendances persécutrices — au minimum une méfiance envers le milieu, les autres, les patients. Ceux-là mêmes jugés auparavant garants de ses satisfactions deviennent peu gratifiants, voire antinomiques à son équilibre. Au-delà, la déception porte sur soi, en termes de honte. Elle incarnerait de ne pas avoir pu/su sauvegarder une part de soi et de désir. Une expérience subjective et douloureuse de l'ordre de la castration ou de l'impuissance, du ressentiment dans cette triste triade sous-jacente au sentiment de non-reconnaissance : frustrations, vexations, déception. Une déception probablement favorisée par la structure actuelle des soins — entre contraintes socio-économiques et nouvelles idéologies managériales — mais réactivant ses conflits internes. Le positionnement professionnel s'estompe, le rapport à l'équipe se modifie, vécu avec ambivalence comme une perception plus lucide et pas moins de regrets. Une désillusion dont on pourra discuter de son aspect positif (pour Freud, 1915, nous devons accepter que nos illusions se heurtent un jour à une partie de la réalité et s'y brisent), négatif (Taylor, 1995, les illusions sont des biais cognitifs et rentrent dans le cadre de la santé psychique) ou simplement inhérente à l'espèce humaine (Winnicott, 1971, la désillusion étant moins la perte des illusions que celle de l'omnipotence).

C'est singulièrement ici l'embarras et la perplexité face à cette révélation progressive, pénible. Les soins, censés amener une reconnaissance, débouchent sur un questionnement sur soi mis de côté par l'activité donnante qui dédouanait le soignant de réfléchir à ses motivations. C'est une déception intime, la fin de certitudes apaisantes, la fin d'une mobilisation vécue positivement, la perte du sentiment d'avoir une place, une valeur. Ne reconnaissant pas ses attentes légitimes mais parfois chimériques dans le monde du travail, le sujet projette sur l'institution le fait de ne pas reconnaître, favorisant cette déception et probablement le détachement constitutif du burnout. Car il semble bien méconnaître ses fantasmes/sa volonté de pouvoir de toute-puissance, un peu hors de propos (notamment dans certains services, cancérologie, réanimation, justement là où le burnout est si fréquent (Estryn-Behar, 1997) et à ce titre non reconnus, voire limités par l'institution.

Conclusion : une plainte à questionner

Le cas le plus fréquent dans nos groupes renvoie à une surcharge de travail, à un travail dans de mauvaises conditions, faisant perdre le sens même de l'action, la possibilité d'une réflexion sur ses actes et sur sa place. Là, les soignants sont intarissables et les sentiments de non-accomplissement, de non-reconnaissance, émergent de façon quasi-logique ; ils viennent en conséquence d'un travail difficile et pourraient mener au long-terme à un épuisement professionnel. Pour autant, il y a bien une intériorité du problème. Une écoute attentive de ces phrases sibyllines rapporte dans un second temps, après la litanie des griefs envers le système médico-social, des éléments de manque de confiance en soi, parfois de dépressivité, de difficultés de la gestion narcissique de soi (notamment des doutes sur la valeur de son existence même), souvent également d'anxiété, de crainte (d'éviction, d'échec). Le discours est malaisé, cheminant entre peur de parler de soi et volonté de rendre compte de son métier, signifiant parfois une absence de mise en sens de son rapport au travail : une dé-liaison bien dangereuse dans un contexte professionnel en crise. En ne démissionnant pas (Pines et al., 1981), en demeurant en attente d'une reconnaissance, cela induit une répétition dont on peut s'attendre à ce qu'elle devienne plus ou moins mortifère (épuisement professionnel chronique, dépression, addiction). Ainsi compris, le sentiment de manque de reconnaissance est un indice et peut être un des processus de la souffrance au travail. Un état de vulnérabilité ressentie qui mériterait plus d'attention, ce contre sa négligence du fait de son aspect modique, de sa fréquence dans les institutions, ou de son assimilation simple à un discours militant. Cette plainte se doit d'être mieux entendue dans son sens restreint, celui d'un positionnement professionnel et personnel dorénavant inadéquat, insatisfaisant.

Notre pratique nous incite donc à penser que ce sentiment n'est ni à déprécier, ni à surinterpréter. Mais plus prosaïquement à entendre, et d'autant plus que le sujet s'estime épuisé. Car la prise de conscience de ces auto-verbalisations récurrentes et négatives s'avère profitable. Elle autorise dans bien des cas une mise en parole de son malaise et la clarification des difficultés agrégées à cette plainte : fatigue, stress, patients difficiles, hiérarchie pesante, manque de perspective, problèmes institutionnels... Cette activité de représentation permet l'émergence des attentes et des frustrations relatives. Son élaboration secondaire permet souvent au sujet de se réapproprier cette plainte imprécise de non-reconnaissance, de mieux la saisir et de la discuter pour lui-même. Il peut réfléchir alors d'une manière fructueuse à son engagement, ses

attentes et ses valeurs personnelles, selon la démarche proposée par Arcand et Brissette (1994), avec l'objectif premier ici de prévenir une attitude d'évitement, de retrait, d'isolement, voire de faire des patients la cause de ses maux (Daloz et al., 2005), et l'objectif second de permettre une subjectivation et une élaboration utile au sujet.

Concluons sur l'idée que le sentiment de non-reconnaissance de soi et ses concomitants constituent un point nodal du discours, à interroger, notamment chez un personnel en souffrance. Reconnaissant qu'on l'interpelle sur cette non-reconnaissance, sa plainte constitue une clé d'accès à cette interface entre dimensions personnelle et professionnelle, entre honte et revendications (Daloz et Bénony, 2007). À charge pour les acteurs concernés, encadrement, psychologues, médecins, collègues, etc., d'évaluer pratiquement et localement l'utilité et la portée de ce questionnement avec pragmatisme face à la multiplicité des aspects liés et sans promouvoir une prise en charge intempestive.

Références

- AMIEL, R., 1993, Considérations épidémiologiques sur la santé mentale des enseignants, in de Verbizier, J., Chanoit, P.-F., eds., *La psychiatrie à l'heure de la santé mentale*, Erès, Toulouse, 131-135.
- ANZIEU, D., 1984, *Le groupe et l'inconscient, l'imaginaire groupal*, Dunod, Paris.
- ARCAND, M., BRISSETTE, L., 1994, *Prévenir l'épuisement en relation d'aide*, Gaëtan Morin, Boucherville.
- BALINT, M., 1957, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, Paris.
- BOURGEOIS, M.-L., 1999, Ennui et psychopathologie, in Bourgeois, M.-L., ed., *L'anhédonie*, Masson, Paris, 41-50.
- BOUTINET, J.-P., 1998, *L'immaturité de la vie adulte*, Presses universitaires de France, Paris.
- CARPENTIER-ROY, M.-C., 1995, Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail, *Santé mentale au Québec*, XX, 2, 1-18.
- DALOZ, L., 2007, Epuisement professionnel et blessures de l'idéal, Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale, *Pédagogie médicale*, 8, 2, 82-90.
- DALOZ, L., BÉNONY, H., FRÉNISY, M.-CL., CHAHRAOUI, K., 2005, Burnout et maltraitance dans la relation soignante, *Annales médico-psychologiques*, 163, 156-160.

- DALOZ, L., BÉNONY, H., 2007, Le sujet en état d'épuisement professionnel, *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 68, 2, 126-135.
- DE BANDT, J., DEJOURS, CH., DUBAR, C., 1995, *La France malade du travail*, Bayard, Paris.
- DEJOURS, C., 1993, *Travail, usure mentale*, Bayard, Paris.
- DEJOURS, C., 1998, *Souffrance en France*, Seuil, Paris.
- ESTRYN-BEHAR, M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Estem, Paris.
- FREUD, S., 1915, Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort, in Freud, S., ed., *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris (1981), 7-40.
- FREUDENBERGER, H. J., 1974, Staff burnout, *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- FREUDENBERGER, H. J., 1985, *L'épuisement professionnel*, Gaétan Morin, Boucherville.
- FUSTIER, P., 1999, *Le travail d'équipe en institution*, Dunod, Paris.
- GORZ, A., 1998, Le travail fantôme, in Kergoat, J., Boutet, J., Jacot, H., Linhart, D., eds., *Le monde du travail*, La découverte, Paris, 30-39.
- GREBERT, P., 1992, Les soignants s'épuisent... mais le burn-out existe-t-il ?, *L'Information psychiatrique*, 8, 803-808.
- JANKÉLÉVITCH, V., 1974, *L'irréversible et la nostalgie*, Flammarion, Paris.
- MASLACH, C., 1982, *Burn out, the Cost of Caring*, Prentice-Hall, New Jersey.
- MORASZ, L., 1999, *Le soignant face à la souffrance*, Dunod, Paris.
- NIZARD, G., 1994, *L'hôpital en turbulence*, Privat, Toulouse.
- PETITA, A., 1994, La profession infirmière, un siècle de mutations, in Aïach, P., Fassin, D., eds., *Les métiers de la santé*, Anthropos, Paris, 227-259.
- PINES, A. M., 1999, *L'usure du couple*, Osman Eyrolles, Paris.
- PINES, A. M., ARONSON, E., KAFRY, D., 1981, *Le burnout*, Éditions Le jour, Montréal.
- SAINSAULIEU, R., 1977, *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris.
- SAPIR, M., 1979, Trouble fonctionnel ou trouble de la relation ?, *Revue de médecine psychosomatique*, XXI, 4, 417-434.

- SAPIR, M., 1996, *La relation au corps*, Dunod, Paris.
- TAYLOR, S. E., 1995, *Health Psychology*, 3rd ed., McGraw-Hill, New York.
- TENNANT, C., 2001, Work-related stress and depressive disorders, *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 697-704.
- VÉGA, A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris.
- WIDLÖCHER, D., 1995, *Les logiques de la dépression*, 2^e éd., Fayard, Paris.
- WINNICOTT, D. W., 1971, *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris.

ABSTRACT

Feeling of non-acknowledgment at work, disappointment and burnout, an exploratory study

The feeling of not being acknowledged at work, though frequently reported, is rarely addressed in itself. As the reflection of a subjective position that is as much existential as it is institutional or professional, it emerges through the monitoring of a hospital-based closed discussion group for a period of six years as a screen masking more personal dimensions that are anything but clear to the subjects and rarely thought about in themselves. This leads us to question the system of representations adopted by caregivers and their ability to be satisfied. It imbues the speech of people with burnout syndrome with a tone of profound disappointment and translates a feeling of uselessness, of professional expectations that were probably too high to be satisfied. In effect, it disrupts subjects' relationship to their work, to their professional environment and even to their patients. It consequently deserves to be listened to more attentively.

RESUMEN

Sentimiento de falta de reconocimiento en el trabajo, decepción y agotamiento: una exploración cualitativa

El sentimiento de falta de reconocimiento en el trabajo, reportado frecuentemente, no es nunca cuestionado en sí mismo. Aparece durante el seguimiento de un grupo de palabra del hospital, en un lapso de seis años, como cubierta de las dimensiones más personales, poco explícitas para los sujetos y poco reflexionadas en tanto que ellas mismas. Al reflejar una posición subjetiva, tanto existencial como institucional o profesional, conduce a interrogarse sobre el sistema de representaciones

del personal de salud, así como su capacidad de ser satisfecho. Esta queja adquiere el estatus de síntoma en los sujetos agotados. Colorea sus discursos de una decepción profunda y connota un sentimiento de inutilidad, de expectativas profesionales probablemente muy altas para ser satisfechas. De hecho, perturba la relación del sujeto con su trabajo, en su medio profesional, es decir, con los pacientes, y ameritaría por tanto ser escuchada con atención.

RESUMO

Sentimento de falta de reconhecimento no trabalho, decepção e estresse: exploração qualitativa

O sentimento de falta de reconhecimento no trabalho, freqüentemente registrado, não é mais questionado em si. Ele apareceu, durante o acompanhamento de um grupo de discussão no hospital durante seis anos, como uma proteção das dimensões mais pessoais, pouco explícitas para as pessoas e pouco repensadas como tal. Refletindo um posicionamento subjetivo tanto existencial quanto institucional ou profissional, ele leva a questionar o sistema de representação dos auxiliares de enfermagem, assim como sua capacidade de realizar-se. Esta queixa torna-se um sintoma nas pessoas estressadas. Ele marca seus discursos com uma decepção profunda e conota um sentimento de inutilidade, os objetivos profissionais provavelmente são fortes demais para serem realizados. Assim, ele perturba a relação da pessoa com seu trabalho, com seu meio profissional ou mesmo com pacientes e mereceria, desde agora, uma maior atenção.